

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N° 361

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 mai 1899, à 1 heure

Par AUGUSTE HAMON

Né à Riaillé (Loire-Inférieure) le 31 juillet 1871.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES OSTÉOMYÉLITES
COSTALES AIGÜES

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. DÉLENS, professeur.
SEBILEAU, BROCA (AUG.), agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1899

361

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552015_0004

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 mai 1899, à 1 heure

Par AUGUSTE HAMON

Né à Riaillé (Loire-Inférieure) le 31 juillet 1871.

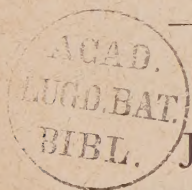
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES OSTÉOMYÉLITES
COSTALES AIGÜES

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. DÉLENS, professeur.
SEBILEAU, BROCA (Aug.), agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHT.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pat ologie médicale		DEBOVE.
Pa ologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Hi stologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Mat ière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		N.....
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPR	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAUR	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage respectueux de reconnaissance et de filiale affection.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
OSTÉOMYÉLITES
COSTALES AIGUËS

I. — INTRODUCTION

M. Marfan, dans une clinique faite (1894) à l'hôpital des Enfants-Malades sur un cas d'ostéomyélite aiguë de la troisième côte du côté droit, disait : « Si l'on en juge, par le petit nombre des observations recueillies, l'ostéomyélite aiguë costale est une affection rare ». Le cas étudié par M. Marfan était à sa connaissance la treizième observation publiée. M. Brun nous a communiqué deux observations inédites, recueillies dans son service ; nous avons cru intéressant de les reproduire et d'en faire le sujet de notre thèse.

Ces deux observations, tout incomplètes qu'elles soient, en s'ajoutant à d'autres déjà publiées, mais éparses dans

diverses publications suffisent pour établir ceci : que le diagnostic de l'ostéomyélite aiguë costale est des plus difficiles, et que le traitement de cette affection doit être aussi prompt qu'énergique.

C'est sur ces deux points surtout que nous voulons attirer l'attention, dans cette contribution à l'étude des ostéomyélites aiguës costales.

Nous remercions M. le professeur agrégé Brun d'avoir bien voulu nous communiquer deux observations inédites.

M. le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; qu'il nous soit permis de lui exprimer notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait.

II. — HISTORIQUE

La première observation d'ostéomyélite costale parut dans la thèse de Jaboulay (Lyon 1895). Le professeur Lannelongue dans son *Traité de l'ostéomyélite aiguë* pendant la croissance ne citait aucun de ces cas.

Jusqu'en 1891, quelques observations se trouvent éparpillées dans des thèses ou des journaux médicaux. (Bertoye), *Lyon médical* 1886 : Régnier, *Archives générales de médecine* 1886, Mirovitch, Thèse Paris 1890.

En 1891, paraît la thèse de Barillet le premier travail d'ensemble sur la question. Barillet s'était inspiré de Berthomier, qui la même année, avait rapporté trois cas d'ostéomyélite costale au congrès de chirurgie.

En 1892, nous trouvons sur le même sujet, la thèse de Haslé : en 1894, une observation clinique de M. Marfan, et dans la *Presse médicale*, un travail de M. Braquehaye, interne des hôpitaux.

Nous avons cherché dans tous ces travaux les observations qui nous ont paru les plus intéressantes au point de vue du diagnostic et du traitement. Nous les reproduisons à la fin de notre travail.

III. — ÉTIOLOGIE

L'ostéomyélite aiguë, qu'elle atteigne les os longs, les os courts, ou les os plats, se montre toujours pendant la période du développement du squelette, c'est-à-dire, pendant l'enfance et l'adolescence.

L'ostéomyélite des côtes se rencontre surtout chez les garçons, plus turbulents et par suite plus souvent exposés aux traumatismes. Pour des raisons de même ordre peut-être, les côtes droites sont plus souvent atteintes que les côtes gauches. Dans notre observation II, quelques jours avant le début des accidents, l'enfant avait été poussé violemment contre un corps résistant ; et le traumatisme avait porté sur la mi-hauteur du côté gauche, là où quelques jours plus tard, apparurent les symptômes d'ostéomyélite.

Dans l'observation VII, l'enfant avait fait une chute violente le 25 mars : le 6 avril, elle entra à l'hôpital. Ajoutons que cette même enfant, portait à la fesse droite, la cicatrice d'un furoncle récent.

Ailleurs, le malade rapporte qu'au mois de mars dernier, à la suite d'un coup de poing reçu dans le côté droit du thorax, il se développa une grosseur qui, en quelques

jours, atteignit le volume d'un gros œuf de poule. L'abcès s'ouvrit spontanément le 15 avril, et avec le pus, sortirent de petites parcelles osseuses.

L'ostéomyélite aiguë costale atteint surtout de jeunes enfants de deux à dix ans, ou des adolescents de quinze à vingt; mais les ostéomyélites consécutives à la fièvre typhoïde s'observent aussi chez les adultes.

D'après Braquehay, l'âge joue encore un rôle très important pour la localisation des lésions osseuses. Presque toutes les lésions siègent à la partie antérieure de la côte : et comme l'infection occupe toujours le point de la côte en travail de croissance, il semblerait d'après ce fait, que le développement de la côte se ferait tout d'abord, au dépens de leur partie antérieure.

Si dans toutes les observations d'ostéomyélite, on ne trouve pas la porte d'entrée, on rencontre souvent le mauvais état général ou une affection aiguë qui a mis l'organisme en état de moindre résistance, et par conséquent, en état de réception.

Les portes d'entrée les plus fréquentes sont ou bien les érosions cutanées, panaris, impétigo, engelures, ou bien le furoncle, comme dans une de nos observations; les fissures des lèvres, les ulcérations de la bouche, des amygdales, des lésions de grattage des fosses nasales, tout et rien peuvent servir de point d'introduction au germe virulent.

Ajoutez à cela, l'état de fatigue, d'infériorité dans lequel se trouve souvent le corps de l'enfant, par suite de son accroissement rapide, des mauvaises conditions de son hygiène. Arrive un traumatisme comme dans plusieurs de

nos observations, une affection aiguë générale, comme la grippe dans l'observation de M. Marfan, comme la fièvre typhoïde, le germe virulent a toute sa puissance pour entrer dans la place mal défendue.

Le pus de l'ostéomyélite costale contient presque toujours du *staphylococcus aureus*, plus rarement l'*albus*. Netter et Mariage, (suppurations osseuses dans deux fractures sans plaie ; société de Biologie, 7 juin 1890) ont signalé le streptocoque et le pneumocoque.

Par contre, les observations d'ostéomyélite post-typhoïdiques, ne sont pas rares, où l'on rencontre à l'état de pureté, le bacille d'Eberth. En 1889, Ebermaïer, le premier, trouva le bacille typhique, dans la moëlle osseuse d'une côte et d'un fémur chez un sujet mort de dothiënthérie. On en trouve encore des observations données par Barbacci (*Lo Sperimentale*, 1881), Haslé, Hintze, Dehu, Chantemesse et Widal.

La présence du bacille typhique dans le pus de l'ostéomyélite consécutive à la fièvre typhoïde ayant été constatée, comme nous venons de le voir, par de nombreux auteurs, on était amené à penser qu'on devait toujours rencontrer ce microorganisme dans cette variété d'ostéomyélite. Les cas de Scheede avaient déjà cependant, été négatifs au point de vue du bacille d'Eberth : depuis, de nouveaux cas se sont ajoutés à ceux-ci, et l'on peut dire que si le bacille d'Eberth est capable d'engendrer l'ostéomyélite, toutes les lésions osseuses survenant dans le cours ou pendant la fièvre typhoïde, ne sont pas causées par lui.

Fröhner (*Arch. Z. Klin. chir.* 1889) n'a rencontré que

trois fois la localisation costale sur 661 faits, dont 51 d'ostéomyélite d'os plats ou courts. C'est dire que les observations d'ostéomyélites costales sont rares. D'après Gangolphe les côtes sont frappées moins souvent que la clavicule, l'omoplate, l'os iliaque et le calcanéum, mais plus fréquemment que les autres os plats ou courts.

IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'ostéomyélite ne frappe généralement qu'une seule côte (cependant dans deux de nos observations, deux côtes étaient lésées). Elle peut être suivie de l'ostéomyélite d'un ou de plusieurs os, ou encore suivre de près une autre localisation de l'affection.

L'ostéomyélite naissant au niveau des points diaphysaires des os, contigus à leurs cartilages conjugaux, les côtes ne feront pas exception à cette règle, et c'est au voisinage de leurs points d'accroissement que siègent les lésions.

Les côtes se développent, en effet, par un point primitif, qui forme la plus grande partie de l'os ; il apparaît du quarantième au cinquantième jour de la vie fœtale et envahit rapidement le cartilage préexistant.

Quant aux points secondaires, on les trouve à l'extrémité postérieure : l'un unique, est destiné à former la tête de la côte ; l'autre simple ou double selon les auteurs, donne naissance à la tubérosité. Il y a donc, en arrière, deux foyers possibles d'ostéomyélite, et dans chaque cas, l'abcès n'aura pas une évolution identiquement semblable. Notons également que le point tubérositaire se fusionne

à l'os à 18 ans, tandis que le point céphalique ne se soude que vers 24 ans. Aussi verrons-nous l'ostéomyélite costale postérieure siéger le plus souvent au niveau de ce dernier point, puisque, 1° il se soude plus tard; 2° il fournit une plus notable quantité d'os, ce qui indique une plus grande vitalité. En outre, lorsque chez un malade ayant plus de 20 ans, on voit se développer en arrière une première atteinte d'ostéomyélite costale, on peut affirmer que la lésion siège au point céphalique, puisque le point tubérositaire est déjà soudé.

Mais, la côte ne s'accroît pas seulement par son extrémité postérieure; l'extrémité antérieure participe aussi à son développement, au niveau de l'articulation chondrosternale. De là, une seconde variété de siège de l'ostéomyélite costale (Braquehay).

Nous ne décrirons pas les lésions du périoste et de l'os, épaissement et décollement du périoste, injection de l'os, suppuration, nécrose et même fractures qui sont entièrement semblables à celles des autres os et se font par le même mécanisme.

La disposition et la forme de l'abcès sont par contre très intéressantes et empruntent à la région des caractères tout particuliers. Elles dépendent essentiellement de leur localisation soit antérieure, soit postérieure.

En avant, les côtes sont recouvertes directement par la peau et le tissu cellulaire. A ce niveau, la tuméfaction sera vite extérieure et visible, au niveau de la côte lésée. Par suite de la présence des muscles pectoraux, les abcès dépendant des lésions des côtes sous-jacentes, donneront lieu à une marche différente du pus. Il viendra joindre

sur le bord de la paroi antérieure de l'aisselle, décollant plus ou moins le tissu cellulaire sous-pectoral.

En arrière rien de pareil : le pus est bridé en arrière par les muscles des gouttières, muscles recouverts d'aponévroses épaisses et résistantes : en avant, d'après Souligoux, si l'intercostal interne ne va pas au delà de l'angle des côtes, l'intercostal externe y est très-épais et doublé par l'aponévrose intercostale qui là, s'épaissit rapidement et continue le muscle intercostal interne qui disparaît à ce niveau. Le pus se collectera donc d'abord en dedans, entre la plèvre et la paroi thoracique. Mais il existe deux points par où le pus pourra fuser vers l'extérieur : 1° en dedans du ligament transverso-intercostal supérieure (cervico-transversaire-intercostal de Poirier) 2° en dehors de ce ligament, entre lui et les muscles intercostal externe et suscostal, à leur origine. L'abcès suivra l'une ou l'autre voie, selon qu'il viendra du point épiphysaire de la tête ou de la tubérosité.

Quelquefois aussi, décollant au loin le périoste de la côte, il pourra venir se faire jour sur les parties latérales du thorax.

Dans l'observation III, la tumeur du volume du poing, au moins, proéminait entre la crête iliaque et la région costale à droite, allant en arrière jusque sur les parties latérales du rachis, et s'arrêtant en avant au niveau d'une ligne partant de l'épine iliaque supérieure et aboutissant au sommet du creux de l'aisselle. On voit par ce cas, que le pus peut fuser dans la paroi lombaire et aussi dans les diverses couches des muscles de l'abdomen. Ces faits

se produiront quand l'ostéomyélite atteint les dernières côtes.

Un fait assez remarquable est la rareté des séquestres et la fréquence des décollements périostés. Dans notre observation II, les deux côtes atteintes sont presque entièrement dépouillées de leur enveloppe protectrice. Nous retrouvons cette dénudation dans la plupart de nos observations.

Beaucoup moins souvent quand l'abcès s'ouvre, ou est ouvert, il sort de petites parcelles osseuses, il s'élimine un séquestre comparable à une aiguille, effilé, pointu à une de ses extrémités.

Le séquestre représente souvent une partie des bords de la côte ; le bord supérieur est plus fréquemment atteint que le bord inférieur.

La lésion siège en un point bien limité, rarement étendu. On n'observe jamais la forme diffuse, si fréquente sur certains os. M. Berthomier a vu les deux extrémités d'une même côte prises en même temps chez le même sujet, et les deux foyers purulents, l'antérieur et le postérieur communiquant entre eux.

Les côtes les plus souvent atteintes sont les cinquième et sixième.

Disons un mot de l'évolution anatomique des lésions dues à l'ostéomyélite costale. En avant, les abcès toujours sus-costaux, viennent faire saillie à l'extérieur, amincissent la peau qui s'ouvre, si le bistouri n'a pas empêché cette rupture spontanée. Dans ce dernier cas, la poche se fistulise, ses parois se décollent, son trajet s'agrandit et la suppuration ne cesse point ; heureux

quand l'intervention chirurgicale vient enlever le point lésé, empêchant ainsi l'infection locale de se généraliser.

Les abcès postérieurs deviennent sous-costaux, pouvant à leur tour faire saillie à l'extérieur, en formant une sorte de bissac. Nous avons vu plus haut les trajets complexes de ces suppurations. Mais elles ne paraissent avoir aucune tendance à s'ouvrir dans la plèvre. Dans l'observation de M. Marfan, il y eût lésions concomitantes de la plèvre, et même perforation bronchique (sans production de pneumo-thorax). Mais ces faits sont rares.

On a décrit sous le nom de péripleurites aiguës des inflammations localisées au niveau de l'atmosphère cellulo-graisseuse sous-pleurale. Il nous semble que souvent le point de départ de ce phlegmon sous-pleural doit être une lésion costale.

Nikouline a décrit une péripleurite syphilitique consécutive à une périostite costale syphilitique : et cette lésion se manifestait par une voussure limitée du thorax, s'accompagnant des signes physiques, d'un épanchement pleural modéré, dont la ponction n'amena aucun résultat.

L'ostéomyélite à bacille typhique serait caractérisée anatomiquement par la localisation de la lésion de préférence à la moëlle sous-périostique, par l'habitude de décollement périostique, et dans la plupart des cas, par l'absence d'exsudat entre le périoste et l'os, par l'augmentation rapide des cellules rondes du périoste, par le gonflement de la substance inter-cellulaire et l'absence de séquestre (Mirovitch).

V. — SYMPTOMES

Les symptômes de l'ostéomyélite costale sont absolument différents, selon que la lésion siège en avant ou en arrière, selon qu'elle est aiguë ou chronique, primitive ou secondaire, consécutive ou non à la fièvre typhoïde.

Nous décrirons ici l'ostéomyélite aiguë et l'ostéomyélite consécutive à la fièvre typhoïde.

Prenons comme type, l'ostéomyélite que j'ai rencontrée le plus souvent, c'est-à-dire celle localisée à la portion antérieure de la côte.

Les symptômes généraux : frissons, courbature, fièvre intense, peuvent être les premiers. Ils n'ont rien de spécial, et n'attireraient pas l'attention sur leur vraie cause, s'il n'apparaissait souvent, intense, et vraiment remarquable, une douleur thoracique, qui ne tarde pas à devenir le symptôme important.

D'abord diffuse, étendue, augmentée par la toux, par la respiration, elle se localise bientôt, et s'exagère encore. Prise tantôt comme un point de côté annonçant un début de pneumonie, tantôt si elle est postérieure, comme une douleur rhumatismale aiguë, elle devient plus précieuse quand elle s'accompagne de gonflement.

La peau a encore conservé ses caractères, à peine est-elle légèrement œdématiée, que déjà, on rencontre en palpant la face externe des côtes, un gonflement peu étendu, mais dirigé dans le sens de l'arc osseux, une sorte de bourrelet l'entoure et le limite.

A ce niveau, la pression fait naître et exagère la douleur, ainsi que le témoignent les cris de l'enfant et la résistance qu'il oppose à se laisser examiner.

Cette douleur osseuse, dit M. le professeur Lannelongue, dont la pression révèle le caractère et les nuances d'intensité, est le symptôme local dont la valeur est la plus grande ; il est constant et fournit sur le siège et l'extension de l'affection, des données que les autres symptômes n'expriment que beaucoup plus tard.

Ces phénomènes peuvent s'amender, puis disparaître, et la guérison est ainsi obtenue.

Le plus souvent les symptômes généraux restent aussi intenses, la température aussi élevée ; le malade est pâle, affaibli : on remarquera que le délire et l'agitation sont assez rares.

Au niveau du gonflement la peau a changé d'aspect ; elle est lisse, tendue, sillonnée de veines distendues, rouge et chaude ; le gonflement a perdu sa dureté et à l'empâtement a succédé la fluctuation nette et franche, quand même, cet abcès fluctuant, repose sur une base indurée, qui est la côte malade.

Si l'on ouvre à ce moment l'abcès, on trouve le périoste décollé, l'os dénudé dans une partie de son étendue et il s'écoule une quantité variable d'un pus blanc crémeux, souvent strié de lignes rougeâtres.

L'abcès non ouvert augmente rapidement de volume ; il perfore ou détruit le périoste dans une certaine étendue et de sous-périostique qu'il était, il devient sous-cutané. La fluctuation est toujours aussi évidente, mais il devient dans certains cas, difficile de reconnaître si l'on a devant soi un abcès d'origine osseuse et sur quel os porte la lésion.

La douleur devient moins aiguë, et sous l'influence d'un traumatisme, d'un effort, l'abcès crève et se vide, mais il se vide incomplètement d'où la formation d'une poche suppurante, fistuleuse qui ne sera supprimée que par la sortie spontanée ou chirurgicale, de la portion d'os lésée. Le stylet qui s'enfonce de tous côtés, qui trouve parfois des trajets de 10, 15 centimètres, rencontre la côte dénudée, ou le séquestre mobile de l'un de ses bords. L'extrémité de la côte peut être mobile sur le cartilage costal correspondant. La recherche de ce symptôme provoque une douleur très vive et s'accompagne de crépitation.

Lorsque le foyer ostéomyélique n'est plus chondro-costal, mais qu'il se développe au niveau de la tête de l'os, les symptômes du début sont différents de ceux que nous venons de passer en revue.

Là, les signes généraux passent au premier plan ; derrière eux s'efface le symptôme douleur. Il existe cependant ; mais la lésion cachée par les masses musculaires et aponévrotiques se manifeste à peine par la tuméfaction des parties molles : de son côté, la douleur s'étend, mais sans se préciser, elle simule la névralgie et s'irradie le long des nerfs intercostaux.

Elle est augmentée par la pression, par les mouvements respiratoires et peut s'accompagner de dyspnée.

L'abcès ne vient pas se montrer immédiatement à l'extérieur ; il fait saillie du côté de la cavité thoracique. Il donne lieu à des signes stéthoscopiques bien étudiés par Berthomier et par Barillet. D'une grande importance, ils donnent à l'affection des caractères tout particuliers que nous rencontrons dans une de nos observations.

La percussion fait nettement sentir une zone de matité plus ou moins étendue ; à l'auscultation, on perçoit du souffle et de l'égophonie, tous les signes d'un épanchement pleural.

M. Berthomier a observé que le souffle, l'égophonie disparaissent, lorsque l'abcès a distendu les parties molles. « Les signes stéthoscopiques, dit-il, sont intimement liés à la tension et à la résistance des parties molles qui ferment l'espace intercostal. Dès qu'elles se laissent distendre, les symptômes disparaissent ». Dans deux cas du même auteur, les deux foyers, l'antérieur et le postérieur étaient pris à la fois. Il a signalé alors, la présence d'un abcès au niveau du foyer antérieur, l'apparition du souffle et de l'égophonie au niveau du foyer postérieur annonçant qu'il existait un abcès sous-costal et la communication plus ou moins tardive des deux abcès.

En augmentant de volume, l'abcès se montre bientôt à l'extérieur dans un espace intercostal, quelquefois même loin de son point d'origine, comme cet abcès lombaire dépendant d'une lésion de la 10^e côte.

Dans l'observation I de Barillet, le point de départ était la portion postérieure de la 2^e côte et le pus de l'abcès

vint fuser au-dessous de la clavicule, dans l'espace intercostal correspondant.

Fait remarquable que nous trouvons dans au moins deux de nos observations, la tuméfaction devient visible très rapidement, du jour au lendemain.

Dans le cas de M. Marfan, il apparaît « une tuméfaction énorme qui n'existait pas la veille », le cas est le même pour notre observation II. C'est une preuve de la tension exagérée de cette suppuration, qui bridée jusqu'à par des muscles et des aponévroses, fait céder tous ces obstacles et arrive sous la peau, souple et extensible.

Par ailleurs, la plèvre enflammée s'épaissit, et forme de son côté une barrière rarement franchissable. Il en résulte que l'abcès en bouton de chemise s'évacue à l'extérieur, comme dans les cas d'ostéomyélite de la première portion de la côte. Ici, pourtant, la fistule menace de durer, et la suppuration de ne pas tarir, parce que la poche est plus profonde, et son contenu difficile à évacuer.

L'ostéomyélite costale consécutive à la fièvre typhoïde a des caractères spéciaux. Comme nous l'avons dit, les suppurations post-typhoïdiques peuvent être dues soit au staphylocoque, soit au bacille d'Eberth.

Nous décrirons seulement et d'une façon rapide l'ostéomyélite à bacille d'Eberth. D'après Chantemesse et Widal, elle débute soit dans la période aiguë de la fièvre typhoïde, soit surtout pendant la convalescence, dans la fièvre prolongée ou à rechute.

Le début de cette complication peut être remarquable par ses caractères d'acuité; le plus souvent la suppura-

tion s'établit silencieuse, sournoise, et c'est seulement dans une période plus ou moins éloignée que le gonflement, puis l'abcès deviennent manifestes.

M. Hutinel décrit trois formes d'ostéomyélite typhoïdique.

« Les périostites peuvent être circonscrites et ne produisent aucun symptôme sérieux, elles sont fort simples et durent peu. La résolution se fait complètement : elles ne laissent aucune trace, ni gêne des mouvements, ni douleur spontanée. On doit croire que dans ce cas le périoste seul a été enflammé.

2° Dans une deuxième forme les phénomènes inflammatoires sont plus accusés : il y a de la fièvre, la douleur est assez vive, les mouvements sont impossibles. La peau soulevée se congestionne et rougit, et l'on reconnaît bientôt qu'il existe une suppuration généralement assez limitée. La portion du squelette, qui est le siège de l'inflammation, s'est tuméfiée d'une façon notable. Si l'on donne issue au pus, la réparation peut se faire assez vite.

Parfois, cependant, il se fait une nécrose superficielle de l'os, conséquemment un séquestre qui ne pourra être éliminé que par une longue suppuration procédant par poussées successives.

3° Dans une dernière forme, le début est lent comme dans la périostite légère. Peu à peu l'os se déforme : il se déforme et se tuméfie en un point ; puis au lieu de tendre à la résolution, l'ostéo-périostite persiste sous l'apparence de véritables périostoses. Parfois le début subaigu fait défaut ; c'est d'emblée, sans douleur, sans gêne fonctionnelle et avec les caractères qu'elle gardera toujours que

la périostite se produit. Il n'est pas rare alors de voir plusieurs os blessés ».

L'ostéomyélite typhoïdique survenant au cours de la fièvre typhoïde peut retarder la guérison et prolonger la convalescence. Quand elle survient dans le cours de celle-ci, elle est moins grave, et enrayée complètement par le traitement chirurgical.

L'ostéomyélite costale est assez fréquente: elle peut aussi siéger sur les cartilages costaux mais on ne l'a pas encore vu atteindre l'extrémité postérieure de la côte.

Tout rare qu'elles se produisent, les complications de l'ostéomyélite costale aiguë doivent être étudiées dans leurs différentes formes.

Dans notre observation II, nous voyons le malade succomber à une infection généralisée, succédant à une suppuration qu'un traitement insuffisant n'avait pu évacuer. Chez le même malade, nous avons trouvé à l'autopsie dans la plèvre opposée une centaine de grammes d'un liquide louche. Du côté correspondant à l'affection costale, le pōumon était à sa mi-hauteur, très congestionné. Schmidt, au dire de Régner, a rapporté autrefois un cas de ce genre à l'Académie de Dublin. La mort survint trois mois après l'incision de l'abcès; la poche purulente, avait un aspect gangréneux; la plèvre était saine, mais une côte qu'on n'avait pas réséquée était nécrosée sur une étendue notable.

Barillet a signalé aussi, parmi les complications de l'ostéomyélite aiguë costale la possibilité d'une pneumonie, d'une pleurésie purulente, d'une endocardite simple ou ulcéreuse.

Dans un cas de Berthomier, un malade porteur depuis longtemps d'un abcès fistuleux d'origine costale, succomba à l'ulcération d'une artère intercostale.

Il est possible, mais rare, que l'abcès franchisse la plèvre et vienne après formation d'une fistule bronchique, ou d'une fissure pulmonaire s'évacuer par vomique. Comme dans le cas de M. Marfan, cette complication peut exister sans production de pneumothorax, par suite de la formation d'adhérences pleurales.

Dans le cas d'ostéomyélites de l'extrémité postérieure des côtes supérieures, on pourra rencontrer des douleurs très vives, à maximum articulaire, dues à l'irritation du plexus brachial par le foyer de suppuration.

L'ostéomyélite costale peut exister en même temps que d'autres foyers de suppuration d'origine osseuse. Dans l'observation de Jaboulay, on trouve chez le même sujet l'ostéomyélite de la septième côte gauche, du premier métacarpien et de l'extrémité inférieure du tibia, du même côté. Ces diverses localisations du germe infectieux peuvent d'ailleurs se suivre.

VI. — DIAGNOSTIC

Au début, quand les symptômes généraux, frissons, fièvre, courbature généralisée existent, il est difficile de ne pas penser à toute autre chose qu'à l'ostéomyélite costale. Cette erreur est commune à tous les débuts d'ostéomyélite.

Plus tard, il y a lieu de distinguer l'ostéomyélite à localisation antérieure et l'ostéomyélite à siège postérieur.

Le diagnostic, dans certains cas, pourra être éclairé par la présence d'un autre foyer d'ostéomyélite, qu'il soit costal ou autre.

Si la côte malade est une des premières, le pus viendra se faire jour au niveau du creux axillaire et le premier diagnostic qui viendra à l'idée sera celui d'adéno-phlegmon de l'aisselle. Mais la recherche non suivie de succès d'une plaie, d'une écorchure du membre supérieur, la constatation de la douleur vive, pongitive, exagérée par la pression, par la respiration, par la toux, laissera un doute. Après l'incision et l'évacuation de la collection le stylet touchera la côte lésée dans le cas d'ostéomyélite ; s'il s'agit d'un adéno phlegmon, la même recherche n'aboutira pas au même résultat.

Egalement dans le cas de phlegmon sous-pectoral, le

diagnostic ne pourra être fait qu'à l'intervention chirurgicale, dont les indications sont, du reste, absolument identiques.

M. Marfan, à cause de la vivacité de la douleur et du gonflement qui l'accompagnait, fit le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et prescrivit à sa malade trois grammes de salicylate de soude; mais bientôt, l'intensité de la douleur, vraiment anormale pour un rhumatisme d'enfant, l'absence de déterminations cardiaques, l'inefficacité du salicylate de soude, la persistance de graves symptômes généraux firent abandonner le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

L'abcès du sein pourrait simuler l'ostéomyélite costale; mais les abcès du sein sont surtout fréquents, chez l'adulte; et nous l'avons vu, après l'enfance, l'ostéomyélite se localise au niveau de la tête ou de la tubérosité de la côte.

C'est surtout dans le cas de lésions typhoïdiques à évolution lente qu'on peut confondre ces suppurations « tièdes » avec les manifestations périostiques et osseuses de la tuberculose et de la syphilis.

On a décrit sous cette forme, des affections de nature tuberculeuse, qu'on a appelées périostites externes; elles ont plus d'un rapport avec l'ostéomyélite costale.

Même début par la douleur et le gonflement; mais la douleur n'est pas comparable, mais le gonflement existe pendant cinq et six mois, comme un empâtement de la face externe de la côte, sans qu'on voit arriver subitement le développement exagéré et l'apparition à l'extérieur du gros abcès d'ostéomyélite.

Quand l'abcès est formé, la symptomatologie de cette affection se confond avec celle des autres abcès froids de la paroi thoracique. M. le Professeur Duplay, les a ainsi décrits « Le plus ordinairement, le malade porte pendant des mois une tuméfaction plus ou moins proéminente à l'extérieur : il s'en aperçoit souvent par hasard. Plus tard la peau s'amincit et s'enflamme, puis se perfore et il sort une quantité de pus qui n'est pas en rapport avec le petit volume apparent de la collection que l'on avait constatée.

Au-devant des côtes la tumeur est en général allongée dans leur direction, ou quelquefois dans un sens perpendiculaire à l'axe de l'os, la tumeur est toujours manifestement fluctuante, souvent peu douloureuse. Quelquefois elle se laisse réduire partiellement par une pression prolongée pour reparaître brusquement et s'étendre si l'on fait tousser le malade.

Cette impulsion est caractéristique ; elle indique infailliblement l'existence d'une poche intra-pariétale ou sous-costale. Lorsque l'abcès est ouvert, on peut explorer avec le doigt ou le stylet les parois de sa cavité ; dans les cas d'abcès périostique, au début du moins, on ne trouvera pas de surface osseuse dénudée. »

Au début, on différenciera donc les ostéomyélites costales de la tuberculose, par l'accentuation de la douleur, l'élévation de la température, le développement rapide du gonflement : on s'appuiera également sur les antécédents personnels du malade, son âge, l'absence de manifestations tuberculeuses dans les autres parties du corps.

Plus tard, l'augmentation de la douleur, l'apparition

brusque d'un gonflement extraordinaire, d'une poche fluctuante, les caractères d'inflammation de la peau, feront le diagnostic entre l'ostéomyélite et l'abcès froid costal.

A la période fistuleuse, le diagnostic doit encore être posé entre l'ostéite tuberculeuse et l'ostéomyélite ; l'évolution de la maladie, les autres symptômes de tuberculose feront le diagnostic.

Il existe aussi des cas de périostite syphilitique secondaire. Les douleurs très vives qui les accompagnent, le gonflement qui s'y joint pourraient faire errer le diagnostic. Mais un examen complet du malade décèlera les plaques muqueuses, les adénites multiples, et peut-être les traces du chancre induré.

L'ostéite gommeuse, syphilitique, héréditaire, tardive, se présente au début sous forme de tuméfaction dure, qui se ramollit, puis fluctue. Elle amène la nécrose de l'os. On trouvera toujours, dans ce cas, des stigmates de syphilis héréditaire (dents d'Hutchinson, malformations nasales).

Les gommes de la syphilis tertiaire pourront aussi apparaître à la face externe des côtes, s'accompagner de douleurs excessives, s'abcéder, s'ouvrir et former un abcès fistuleux. Là encore, les antécédents, l'existence d'une gomme siégeant en un autre point, aidera au diagnostic.

Dans certains cas, un traitement spécifique institué d'une façon intensive sera utile pour dissiper un doute.

Le diagnostic est encore plus difficile dans le cas d'ostéomyélite de l'extrémité postérieure de la côte.

La gravité des symptômes généraux éloigne toute idée d'une affection toute locale.

Puis la douleur apparaît ; dans l'observation I, le malade arriva à l'hôpital avec le diagnostic de pleurésie purulente ; dans l'observation II, le même diagnostic fut précédé de celui de broncho-pneumonie. Ailleurs, on pense à un phlegmon périnéphrétique.

Chez le jeune enfant, qui n'a pas d'expectoration, la pneumonie peut être d'autant plus soupçonnée que l'infection générale se manifeste en même temps par des symptômes de congestion, que l'abcès costal s'accompagne de souffle. Seuls, les caractères de la douleur, l'apparition de la poche feront le diagnostic.

Le diagnostic de la pleurésie enkystée et de l'ostéomyélite costale à type postérieur, au début, est plus difficile. Barillet a consacré à ce sujet tout un chapitre de sa thèse. Quatre symptômes importants sont communs à la pleurésie séro-fibrineuse et à l'ostéomyélite, ce sont : la voussure, la matité, le souffle et l'égophonie. Ajoutez-y, la fréquence chez l'enfant des épanchements pleuraux, le point de côté violent, l'importance dans les deux cas des symptômes généraux et l'on comprendra la difficulté du diagnostic. Il est rare cependant que les symptômes généraux de la pleurésie séro-fibrineuse atteignent l'acuité des phénomènes qui accompagnent un début d'ostéomyélite. Si, de plus, l'épanchement est notable, et la matité correspondante, la ponction donnera issue à la sérosité.

S'il s'agit d'une pleurésie purulente enkystée, les mêmes caractères se retrouvent et en plus des signes communs décrits ci-dessus, le liquide et le souffle ne se déplacent pas dans les divers positions qu'on fait prendre au malade. Il ne faut guère compter sur les changements

de coloration de la peau, sur son œdème, sur sa circulation collatérale. Tous ces caractères ne sont pas constants, et il nous semble que seule la douleur, existant en un point précis, réveillée par la pression le long d'une côte, en dira plus que tout le reste.

La douleur du début peut faire croire soit à la névralgie intercostale, soit à la pleurodynie.

Dans le premier cas, l'extension de la douleur, son exaspération par la pression superficielle de la peau, l'absence complète de gonflement, et de phénomènes généraux feront peu hésiter le diagnostic.

Dans la pleurodynie, la douleur est parfois vive, lancinante, s'accompagne de fièvre : mais la douleur ne se localise pas, ne s'accompagne pas de gonflement, et le malade a des antécédents de rhumatisant.

Dans l'ostéomyélite de l'omoplate, la recherche du point le plus douloureux sera très importante. On reconnaîtra presque toujours l'ostéomyélite des vertèbres, affection du reste très rare.

Lorsque le pus, cessant de se développer dans le thorax, fuit à l'extérieur, les signes stéthoscopiques disparaissent, et l'on est présence d'un abcès qui semble appartenir plutôt au tissu cellulaire sous-cutané. Son voisinage des côtes, la douleur causée par la pression du point atteint, montreront le point de départ de la collection.

Le professeur Tillaux rappelle qu'il existe des foyers purulents développés entre la plèvre et la paroi thoracique, refoulant le poumon et formant un véritable empyème sous-pleural ; cet empyème sous-pleural a aussi été étudié par Bouveret, Boyer, plus récemment par Bertho-

mier, Wunderlich, Barth. Peyrot a consacré quelques lignes aux péripleurites aiguës dans le *Traité de chirurgie*. Souligoux en a donné tout récemment la description dans le *Traité de Le Dentu et Delbet*.

Moitessier les a étudiées dans sa thèse inaugurale (thèse de Moitessier, 1898). Elles sont, pour lui, causées ou favorisées par un traumatisme infectieux, par une contusion thoracique suivie d'un épanchement de sang long à se résorber. Les germes pathogènes peuvent encore arriver dans le tissu sous-pleural soit par la voie sanguine, soit par la voie lymphatique.

Les affections de la plèvre peuvent aussi retentir sur le tissu cellulaire périphérique : mais ce sont surtout les lésions costales qui provoquent le plus la formation des péripleurites. Moitessier range dans le cadre des péripleurites les suppurations consécutives à l'ostéomyélite costale : et nous retrouvons dans sa description clinique tous les symptômes que nous avons rencontrés dans les ostéomyélites aiguës des côtes. Ne peut-on pas se demander, dit M. Marfan, si dans beaucoup de cas, la péripleurite phlegmonneuse ne relève pas d'une lésion costale. D'ailleurs le traitement sera le même, et souvent l'exploration de la poche évacuée montrera une côte dénudée, dépouillée de son périoste, ou fragmentée sur l'un de ses bords.

Quant au diagnostic des variétés d'ostéomyélites entre elles, il est le plus souvent difficile à établir.

C'est par les cultures et l'examen microscopique que ce diagnostic pourra être porté. Le plus souvent, on rencontre le staphylocoque doré. Pour Rodet, de Lyon, une

marche subaiguë, presque apyrétique, indiquerait un abcès à staphylocoque blanc. Quant au bacille d'Eberth, dont la suppuration évolue souvent comme un abcès froid, on ne le rencontre que chez des malades convalescents de fièvre typhoïde.

Et encore, chez ceux-ci, la suppuration pourra reconnaître d'autres agents que le bacille d'Eberth.

Netter et Mariage ont rencontré le pneumocoque dans un cas de suppuration consécutive à une fracture de côtes ; dans un cas analogue, le streptocoque fut rencontré. Cette dernière suppuration s'accompagnait d'une broncho-pneumonie et d'une otite suppurée à streptocoques.

Le diagnostic du siège exact de la lésion, de la côte malade sera parfois impossible ; surtout si la lésion siège en arrière : en avant, la douleur avec son siège précis, son exagération par la pression, indiquera le point atteint.

VII. — PRONOSTIC

Au point de vue du pronostic, il faut distinguer encore l'ostéomyélite à siège antérieur, l'ostéomyélite à localisation postérieure, et la lésion post-typhoïdique.

Celle-ci affaiblit beaucoup le malade ; si elle survient pendant la période aiguë de la fièvre typhoïde, elle deviendra une complication grave.

L'ostéomyélite à type antérieur est bénigne : la facilité avec laquelle la suppuration peut distendre la peau, quand elle n'est pas bridée par des masses musculaires, explique en partie cette bénignité ; de plus, cette forme se montre beaucoup plus tôt que le type postérieur et l'intervention chirurgicale, moins hésitante, plus rapide, donnera de meilleurs résultats.

Quand la côte est atteinte à sa partie postérieure, le pronostic est plus grave. Une incision insuffisante, un traitement trop tardif entraînent de longues suppurations qui peuvent amener la mort du malade, c'est le cas d'un de nos malades.

Un autre malade succomba à l'ulcération de l'artère intercostale.

Enfin, comme dans les autres localisations de l'ostéo-

myélite, on pourrait rencontrer comme complications la phlébite ou l'infection purulente, les inflammations des séreuses, péricardites ou méningites.

La variété à staphylocoques qui est la plus commune, frappe l'os de désordres graves se réparant difficilement, et donne fréquemment lieu à des phénomènes tardifs : il en serait de même de l'ostéomyélite à streptocoques. Ces micro-organismes ont été trouvés réunis dans un grand nombre de cas et concourent à produire les mêmes lésions.

L'ostéomyélite à pneumocoque, malgré les phénomènes graves du début, par suite de sa courte durée, permet à l'os de se réparer facilement.

Nous avons déjà vu le pronostic de l'ostéomyélite à bacille d'Eberth.

En fait, le pronostic dépend surtout de l'intervention. C'est ce que nous allons étudier maintenant.

VIII. — TRAITEMENT.

Dans plusieurs observations des thèses de Haslé et de Barillet, l'évacuation du pus fut faite par l'aspiration avec l'appareil de M. Potain ; on fit ensuite des lavages avec une solution antiseptique. Bien qu'il ait réussi, ce procédé est insuffisant et dangereux : insuffisant parce que le trocart peut ne pas tomber sur la collection purulente, parce que si la suppuration est évacuée, la cause de cette suppuration subsiste ; et dangereux pour ces mêmes raisons. La ponction doit donc être rejetée : à peine est-il utile de l'employer dans le cas où le siège d'une suppuration profonde rend le diagnostic difficile.

L'abcès costal doit être, comme toute suppuration, incisé et largement incisé : en avant, l'incision sera parallèle aux côtes ; en arrière, à cause de la présence des fibres musculaires longitudinales, et de la profondeur de la plaie, l'incision sera verticale, et très étendue, puisque le point à atteindre est très profond.

Après l'évacuation complète du pus, et grâce à la large incision de la peau, le doigt explorera les points pouvant être malades. L'attention se portera surtout sur la face interne de la côte, et sur chacun de ses bords.

Par cette exploration on reconnaîtra les points dénudés de la côte, on sentira les séquestres encore reliés à la côte ou complètement mobilisables. Dans le cas de lésions peu étendues, un simple grattage suffira ; dans d'autres cas, quand la côte sera trop dénudée, il faudra faire la résection sous-périostée dans toute l'étendue des lésions.

Après ablation des séquestres, nettoyage complet de la poche et de la région infectée avec une solution antiseptique, on pourra faire aux extrémités de la plaie quelques points de suture, en ayant soin de mettre un gros drain ou une mèche de gaze en position bien déclive.

Il n'est pas besoin de dire qu'il faut rejeter absolument toute idée d'obtenir une réunion complète par première intention. Il faudra même dans le cas où l'on aura mis quelques points de suture, surveiller la plaie avec grand soin : au premier signe de rétention, on fera sauter ces points de suture.

Si après une simple incision qui a paru suffisante, la suppuration se prolonge abondante, on pensera à la présence de séquestres ou à la nécrose d'une partie de la côte : il faudra recommencer un examen attentif, et si le séquestre existe, faire le nécessaire. On devra parfois agrandir la première incision.

Dans le cas de complication bronchique ou pleurale, on surveillera avec soin le pansement et on n'oubliera pas ce que les lavages de la plaie produisirent dans le cas de M. Marfan. « Un jour, dit-il, où la suppuration avait été plus abondante, je prescrivis de faire par le drain une injection d'eau phéniquée à 1/200. Aussitôt que le liquide pénétra, l'enfant est pris d'une toux suffocante et se met à crier

« cela me brûle dans la gorge ». Il y avait donc une perforation bronchique et l'eau phéniquée était arrivée jusque dans la trachée ».

Dans une situation analogue il serait indiqué de ne pas faire de lavages.

Le traitement médical, qui s'efforcera de relever les forces du malade, sera utile mais ne sera qu'un adjuvant du traitement chirurgical, dont la bonne application amènera la guérison du malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Communication orale de M. Brun

L'enfant X..., âgé de 5 ans, est envoyé à l'hôpital des Enfants. Malades, salle Molland, avec le diagnostic de pleurésie purulente.

D'après le médecin qui le traitait en ville, l'enfant après une période de malaises aurait été pris de phénomènes généraux très graves, fièvre et frissons. La dyspnée, le point de côté attirèrent l'attention; les signes stéthoscopiques s'y joignant, la région médiane axillaire gauche offrant une surface de matité très nette, l'enfant fut ponctionné vers le milieu de la ligne axillaire gauche.

Il s'écoula, par l'aspiration une centaine de grammes de pus.

Mais les phénomènes d'infection générale ne cessèrent pas, et bientôt les symptômes d'épanchement apparurent à nouveau. L'enfant est alors amené à l'hôpital.

Après incision de la paroi au point le plus mat, on fait la résection sous-périostée d'une petite portion de la côte correspondante, il s'écoule une grande quantité de pus. Cette évacuation est suivie d'un drainage soigné.

Plusieurs mois après, la suppuration ne tarissant pas, et l'état général de l'enfant devenant plus mauvais, une nouvelle intervention est décidée.

Après une large incision de la peau, et la mise à nu de la région soupçonnée, on trouve plusieurs côtes nécrosées, la plèvre épaissie mais intacte, le poumon non rétracté : les côtes nécrosées furent réséquées, la plaie nettoyée avec soin et pansée à plat.

La guérison complète fut longue à obtenir : mais elle fut obtenue.

OBSERVATION II (Inédite).

René P..., âgé de 6 ans et demi, est amené le 15 juin 1898 à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades. Les parents ont remarqué que mal portant depuis quelques jours, il est toujours oppressé et se plaint de douleurs dans le côté gauche. L'enfant dit avoir reçu un coup de poing à l'endroit douloureux.

On l'envoie salle Gillette ; dans ce service, d'après quelques notes recueillies à l'entrée de l'enfant, on constatait chez lui une température élevée (39°) ; dans les deux poumons, un grand nombre de gros râles humides ; vers le milieu du poumon gauche, une zone de submatité très nette à laquelle se joignait un souffle aussi net. On porte le diagnostic de broncho-pneumonie.

Le traitement, vu la température qui oscille entre 39°, et 40°, consiste en bains tièdes, refroidis progressivement.

24 juin. — T° tombe à 38° ; mais les symptômes locaux restent les mêmes : on continue les bains.

25. — T° s'abaisse encore : malgré ce bon symptôme, l'enfant se plaint sans cesse, est toujours agité.

26. — En déshabillant l'enfant pour le mettre dans son bain, on s'aperçoit qu'il porte sur la mi-hauteur de la ligne axillaire gauche une tuméfaction fluctuante. On fait alors le diagnostic de pleurésie purulente avec empyème de nécessité.

On fait parallèle à la direction des côtes, une incision de 2 à 3 centimètres, au point le plus saillant de la poche fluctuante.

Le soir même, abaissement de la T° ; le bruit de l'air entrant dans la poche par un orifice étroit, confirme l'idée qu'il s'agit bien d'une pleurésie purulente enkystée.

1^{er} juillet. — La plaie suppure toujours ; le souffle et la matité ont disparu.

4 juillet. — Mêmes symptômes ; malgré un traitement général destiné à relever les forces de l'enfant, celui-ci s'affaiblit et maigrit de plus en plus.

5 juillet. — Nouvelle élévation de température : elle dépasse 39°.

7 juillet. — L'état de gravité augmente d'un jour à l'autre ; l'enfant est passé dans le service de M. Brun, salle Molland.

L'enfant est pâle, amaigri, oppressé ; la plaie résultant de l'incision faite antérieurement est située sur la ligne axillaire, vers la sixième côte.

Elle est grisâtre, ses lèvres sont épaissies, gonflées, de mauvais aspect ; la peau est décollée tout autour ; sous la côte qui

semble dénudée, la sonde cannelée remonte très haut vers le rachis et descend oblique vers le sternum.

C'est dans cette direction qu'on fait une large incision ; on trouve les lambeaux écartés, deux côtes dénudées dans presque toute leur étendue : la côte supérieure la plus atteinte est réséquée en arrière, jusqu'à la tubérosité.

Derrière ces côtes, la plèvre épaissie semble normale, sauf l'épaississement ; le poumon n'est pas rétracté.

Pansement sec à la gaze iodoformée.

Injection sous-cutanée de 600 grammes de sérum ; le soir, la température monte à 40°.

8 juillet. — Pansement ; pas de suppuration, état général toujours grave ; même température.

9 juillet. — Même état : dyspnée très vive, pouls rapide, soif ardente. Injection sous-cutanée de sérum.

10. — Pansement : la plaie ne suppure pas ou à peine, mais elle ne prend pas la teinte rosée d'une plaie active et bourgeonnante. L'amaigrissement et la pâleur n'ont fait qu'augmenter, si possible. Sérum sous-cutané.

11. — Dyspnée de plus en plus vive. Mort.

13. — A l'autopsie, on trouve que les côtes réséquées étaient les sixième et septième ; à ce niveau, la plèvre est épaissie, le tissu pulmonaire congestionné.

A droite, la plèvre contient une centaine de grammes d'un liquide louche, et quelques fausses membranes.

Foie augmenté de volume, pâle ; rate grosse et molle.

OBSERVATION III

Ostéomyélite costale. Absès lombaire d'origine costale
(Thèse de Haslé).

H..., Alice, âgée de 3 ans et demi. Entrée à l'hôpital le 8 février 1890.

Malade envoyée à M. le professeur Lannelongue par M. Cadet de Gassicourt qui avait pensé à un phlegmon périnéal.

État actuel. — Tumeur du volume du poing au moins, proéminent entre la crête iliaque et la région costale à droite, allant en arrière jusque sur les parties latérales du rachis et s'arrêtant en avant au niveau d'une ligne partant de l'épine iliaque supérieure et aboutissant au sommet du creux de l'aisselle. Cette tumeur est rouge, pleine de pus, prête à crever. Elle proémine sous la peau et paraît être dans la paroi : elle est probablement indépendante du foie et du rein. Elle est irréductible et pleine de pus. M. Lannelongue croit à une affection aiguë des os. L'enfant porte sur les lèvres des boutons et une éruption squameuse. On a mis des pointes de feu à la surface de la tumeur, dans le service de médecine. Ces pointes de feu ne sont pas encore cicatrisées.

9 février. — Temp. M. 37°,8 ; S. 33°,9.

10 février. — Opération. Incision de 7 à 8 centimètres sur le grand axe de la tumeur. Issue de pus bien lié. L'abcès ouvert, on trouve une cavité comprise dans la paroi abdominale. En haut, cette cavité passe sous la dixième côte et a disséqué le rebord costal de la dixième et de la onzième côte jusque sous le diaphragme. Avec le doigt, on sent le bord tranchant de la

dixième côte manifestement dénudé. Avec la sonde cannelée engagée sous la dixième côte, on sent un frottement osseux net. Temp. M. 37°, S. (Après l'opération) 38°,2.

Depuis la température reste presque toujours normale.

Sortie guérie le 17 mars.

OBSERVATION IV

Ostéomyélite costale, abcès costal et dénudation osseuse
(Hôpital Trousseau, service de M. le professeur Lannelongue).

L..., Louise, âgée de 7 semaines, entrée à l'hôpital le 18 avril 1890.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

L'enfant a eu il y a 10-12 jours un abcès au niveau du bord antérieur du grand pectoral, arrivant jusqu'au voisinage de la région mammaire et pouvant faire croire à une origine mammaire.

Ouvert il y a 8 jours par M. Jalaguier.

18 avril. — Deuxième abcès ouvert par M. Lannelongue. Cet abcès, quoique se trouvant au voisinage du premier, est distinct de celui-ci.

Sur le trajet supérieur du premier abcès, on sent une côte dénudée.

La malade qui n'est pas restée à l'hôpital, est venue se faire panser régulièrement pendant une quinzaine de jours, puis a été perdue de vue.

OBSERVATION V

Ostéomyélite costale.

(Hôpital Trousseau, service de M. le professeur Lannelongue).

Le 12 décembre 1890, la petite Aline M..., âgée de 23 mois entre à l'hôpital Trousseau.

Elle présente à la main gauche une cicatrice de brûlure survenue il y a deux mois. La cicatrisation de la plaie est complète.

Il y a huit jours, l'enfant a une fièvre violente et le lendemain un gonflement est apparu au-dessous de la clavicule gauche.

Actuellement, on voit un énorme gonflement partant de la ligne médiane du sternum et de la clavicule pour se diriger vers le mamelon, jusque vers le bord postérieur de l'omoplate.

L'abcès est situé à la face profonde du grand pectoral ; il est limité en avant par un bord très épais répondant aux cartilages costaux des quatre ou cinq premières côtes.

Léger réseau veineux à la surface du gonflement, en avant, en dessous et en arrière.

Fluctuation manifeste.

Opération le 14 décembre 1890. Le pus de l'abcès est épais.

Dénudation de la troisième ou de la quatrième côte.

En cours de traitement l'enfant a quitté l'hôpital.

OBSERVATION VI

Ostéomyélite de la septième côte gauche, du premier métacarpien et de l'extrémité inférieure du tibia du même côté. (Thèse de Jaboulay, Lyon, 1885).

P.-L. R..., 16 ans, apprenti boucher, entré le 30 mars 1885, salle Saint-Sacerdos. Service de M. Ollier, suppléé par M. Chandelux.

Il a une bonne santé habituelle, n'a pas d'attributs scrofuleux ou tuberculeux, n'a jamais fait de maladie grave.

Il y a deux mois, après avoir reçu la pluie, il fut pris d'une fièvre violente avec délire qui dura près de quatre semaines.

Peu de jours après le début des phénomènes fébriles, un gonflement se montra au niveau de la septième côte gauche partie moyenne et au niveau du premier métacarpien du même côté, aussi bien sur la face palmaire que sur la face dorsale. Ce gonflement, une semaine environ après son apparition, après avoir subi une augmentation considérable, présenta des phénomènes d'inflammation très marqués. La peau s'amincit, se perfora en un seul point, au niveau de la région thoracique, en trois ou quatre au niveau du métacarpien, dont un à la face palmaire; et une assez grande quantité de pus phlegmoneux s'échappa par les ouvertures, qui depuis lors sont restées fistuleuses et ont donné issue à une suppuration plus ou moins abondante. Il y eut également du gonflement et de la douleur au niveau de l'extrémité inférieure du tibia gauche. On constate en ce point une douleur à la pression et de l'œdème des tissus. Une ponction au bistouri permet d'évacuer deux ou trois grumeaux purulents : mais il n'existe aucune dénudation ainsi qu'il est facile

de le constater avec le stylet. L'exploration au stylet de la région métacarpienne permet au contraire de reconnaître une dénudation de l'os, il en est de même pour la côte.

15 jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'un des trajets fistuleux dorsaux de la main donna issue à l'épiphysse supérieure, c'est-à-dire à la base du premier métacarpien.

7 avril. — *Opération.* — Anesthésie.

M. Chandelux fait une incision dorsale dans l'axe du premier métacarpien, les tendons et leurs gaines sont soigneusement ménagés. Incision du périoste qui est décollé sur toute l'étendue du premier métacarpien, sauf au niveau de la tête où quelques adhérences existent encore ; elles sont détruites avec le détache-tendon et l'on peut dès lors extraire très facilement le métacarpien dans sa totalité.

15 mai. — Extraction d'un petit séquestre costal, drainage.

Avec le pus recueilli, on ensemente un bouillon ; et des injections intra-veineuses furent faites à un lapin avec les fongosités recueillies pendant l'opération. L'examen histologique fait pour rechercher le microbe de la tuberculose est resté négatif.

Le lapin injecté le 9 avril meurt le quatrième jour ; les muscles sont semés de petites taches blanches, le biceps présente une large plaque blanche. Vers les régions juxta-épiphysaires, le périoste s'enlève facilement et entraîne avec lui des parcelles de substances osseuses.

Il n'y a pas de séquestres. Des abcès dans le foie et dans les reins.

Des cultures furent faites avec du pus du foie et des reins ; elles montrèrent des cocci en couple et en grappes absolument semblables au staphylocoque. Des ensemencements sur pomme de terre donnèrent la végétation orangée. Des cultures

de pus dans du bouillon donnèrent également le microbe en grappes.

OBSERVATION VII

Ostéomyélite de la septième côte (Observation résumée de M. Bertye. Lyon médical, 1886).

Jeune fille de 18 ans, sans profession, entrée le 2 décembre 1885 à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Depuis 1881 jusqu'au printemps 1882, troubles gastriques ; puis, œdème des membres inférieurs sans cause connue, ayant persisté pendant trois ou quatre mois.

Au mois de décembre 1882, grosseur un peu au-dessus du poignet droit qui devient peu à peu fluctuante sans donner lieu à aucune réaction appréciable. Ouverture spontanée deux mois après, suivie de l'écoulement d'un liquide jaunâtre et homogène. Cet écoulement a persisté depuis lors jusqu'à l'été dernier.

Pas d'élimination de sequestres.

Apparitions successives sur différents points du corps de plusieurs abcès.

Au printemps de l'année 1885, s'est montré un point douloureux un peu au-dessous du scapulum droit ; il a persisté depuis lors et une tuméfaction s'est développée peu à peu.

Etat actuel. — On constate, outre les diverses cicatrices, au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, une tuméfaction arrondie ayant environ 6 à 7 centimètres de diamètre. Elle est lisse, régulière, la couleur de la peau est normale et la fluctuation très nette. Indolence complète.

Un peu au-dessus et en dedans de cette tumeur, au niveau du corps de la septième côte, la pression réveille une douleur très limitée ne correspondant à aucun changement du volume de l'os.

Le 5 décembre. — Incision de l'abcès avec un bistouri passé à la flamme; écoulement d'un pus fluide blanchâtre et homogène.

La côte est dénudée sur tout son pourtour dans une étendue de 4 à 5 centimètres.

Guérison sans complications.

Examen bactériologique. — La culture sur la gélatine d'abord blanche devient plus tard un peu jaune. Forme, dimension, action sur la gélatine, couleur, surtout action pathogène, autant de points de vue auxquels le microbe isolé du pus étudié s'est montré identique à celui de l'ostéo-myélite.

OBSERVATION VIII

Ostéo-myélite de la septième côte droite.

Thèse de Haslé.

Elodie B..., 3 ans et demie, entrée à l'hôpital Trousseau dans le service de M. le professeur Lannelongue, le 6 avril 1892.

Antécédents héréditaires nuls. Antécédents personnels; rougeole à un an; coqueluche à 2 ans; cicatrice d'un furoncle récent à la fesse droite.

Le 25 mars. — L'enfant fait une chute violente; le lendemain elle est prise de douleurs dans le côté droit de la poitrine; les jours suivants accentuation de la douleur, apparition d'un gonflement à la partie antéro-latérale du thorax. La malade entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Léger œdème au niveau de la partie antérieure du thorax; dans le cinquième espace intercostal, à quatre travers de doigt environ du sternum, existe une grosseur d'un volume d'un œuf de poule, molle, fluctuante, non réductible.

La cinquième côte est très douloureuse, la température est à 38°.

7 avril. — Température 37°,5; opération; incision de l'abcès, il s'écoule une quantité de pus un peu supérieure à une cuillerée à bouche. Au toucher, la cinquième côte apparaît dénudée par sa face externe sur une étendue de 4 à 5 centimètres; on sent très bien un séquestre presque mobile.

Extraction. — Le séquestre mesurait à peu près 1 centimètre. Il est formé aux dépens de la surface externe de la côte, est mince et déchiqueté sur ses bords.

Drainage. — Pansement antiseptique.

Le soir de l'opération et les jours suivants, la température reste normale.

L'enfant quitte l'hôpital complètement guérie, le 20 avril.

OBSERVATION IX

Ostéomyélite de la cinquième côte droite.

(Dr Berthomier. Congrès français de Chirurgie, 1891).

Le malade, âgé de 7 ans, présentait au quatrième jour, en même temps que des symptômes généraux, 2 foyers, l'un antérieur chondro-costal, appartenant à la cinquième côte droite; l'autre, d'abord simplement marqué par une tuméfaction œdémateuse le long du bord spinal de l'omoplate au niveau de la tête de la cinquième côte.

Le lendemain, cette tuméfaction avait complètement disparue et nous constatons en même temps, en arrière dans toute la partie correspondante, l'existence très nette du souffle et de l'égophonie. N'ayant pas encore trouvé la clef du phénomène, nous attribuâmes naturellement les symptômes à l'existence d'un épanchement pleurétique concomitant. Jusqu'au douzième jour, les symptômes augmentant d'intensité, le foyer chondro-costal proémine fortement en avant et l'extrémité de la côte est très mobile sur le cartilage.

Au douzième jour, le souffle et l'égophonie disparaissaient brusquement en même temps que la saillie du foyer chondro-costal s'efface manifestement.

Le lendemain, nous trouvons dans le cinquième espace intercostal et sur la ligne axillaire une tuméfaction nettement fluctuante. Séance tenante, nous pratiquons au bistouri un très large débridement, il s'échappe des flots de pus ; la face interne de la côte est dans toute son étendue dénudée de son périoste. Lavage et drainage de la plaie.

L'auscultation ne dénote rien d'anormal du côté de la plèvre.

Guérison sans séquestre.

Nous avons noté dans cette observation la disparition immédiate du souffle et de l'égophonie dès que la collection purulente est venue distendre les parties molles.

OBSERVATION X

Ostéomyélite de la 2^e côte (D^r Berthomier. Congrès français de Chirurgie 1891).

Le malade, âgé de 19 ans, était depuis 15 jours traité pour une pleuro-pneumonie du sommet gauche. A ma première visite, on constate au dessous de la clavicule, dans le deuxième espace intercostal, la présence d'une petite tuméfaction fluctuante réductible ; sa percussion donne de la matité sous la clavicule. Dans le creux axillaire et en arrière dans le tiers supérieur, l'auscultation ne fait percevoir ni souffle, ni égophonie.

Ouverture au bistouri, il s'échappe environ deux verres de pus ; lavage et drainage de la poche : on constate que la deuxième côte est dénudée sur toute la face interne, et que la collection purulente s'étend en arrière. La plèvre, autant que peut l'indiquer une auscultation attentive, paraît indemne ; il n'y a donc aucun doute sur l'existence du foyer ostéomyélique. Guérison rapide sans séquestre ; le malade a fait l'année suivante son service militaire.

OBSERVATION XI

**Ostéomyélite de la septième côte
(D^r Berthomier. Congrès français de Chirurgie, 1891).**

Appelé par le D^r B... en consultation près d'un malade atteint d'ostéomyélite aiguë depuis huit jours, nous trouvons : 1^o au niveau de l'articulation chondro-costale de la cinquième côte droite, une tuméfaction arrondie, bien limitée, fluctuante offrant

à peu près le volume d'une petite mandarine. A la pression, on constate facilement que l'extrémité de la côte est mobile sur le cartilage. L'auscultation pratiquée à ce niveau ne donne rien d'anormal, pas de souffle, pas d'égophonie ;

2^e En arrière, le long du bord spinal de l'omoplate, dans une zone de 10 centimètres, environ, on trouve de la matité, du souffle, de l'égophonie ; il n'existe extérieurement aucune trace d'inflammation ;

3^e Vers la partie moyenne de la côte, dans la ligne axillaire, nous ne trouvons pas la moindre trace d'inflammation. Pas de matité, pas de souffle, pas d'égophonie.

Nous pensons à un épanchement pleural circonscrit développé au voisinage d'un foyer ostéomyélique. C'était une erreur.

Au moyen d'un trocart Potain, nous pratiquons une ponction exploratrice au niveau du foyer antérieur correspondant à l'articulation chondro-costale : aspiration d'une petite quantité de pus, lavage de la poche avec une solution de sublimé, nouvelle aspiration.

Immédiatement après, l'auscultation en arrière nous apprend, à notre grande surprise, qu'il n'existe plus ni souffle, ni égophonie, la percussion annonce la disparition simultanée de la matité.

Nous concluons donc :

a. — Qu'il n'y avait rien dans la plèvre.

b. — Qu'un foyer ostéomyélique contenant peu de pus, nous avait présenté les symptômes d'un épanchement pleurétique circonscrit.

c. — Que le foyer ostéomyélique postérieur communiquait avec le foyer antérieur ou chondro-costal.

Quinze jours après, le malade absolument apyrétique ne présentait aucune trace de son affection qu'un empâtement assez accusé dans toute l'étendue de la côte accessible à l'investigation.

OBSERVATION XII

Ostéomyélite costale suppurée due au bacille de la fièvre typhoïde.
(O. Barbacci. *Lo Sperimentale*, 15 septembre 1891).

X..., d'une constitution plutôt faible s'alita le 23 décembre 1890, pour une fièvre typhoïde à caractères graves.

Dans le cours du mois de janvier, pendant la période fébrile, des douleurs erratiques se firent sentir dans tout le corps, cependant avec une prédominance marquée dans le voisinage de l'articulation costo-sternale de la cinquième côte. Les douleurs erratiques disparurent rapidement, mais la douleur au niveau de la côte persista et en même temps se montra une petite tumeur qui lentement en s'agrandissant atteignit le volume d'un œuf de pigeon alors que la fièvre était définitivement tombée le 30 janvier. L'état d'apyrexie se maintint pendant quatre jours ; puis survint une période subfébrile pendant laquelle la température ne dépassa pas 38°, accompagnée d'une violente douleur spontanée et provoquée par les mouvements correspondant à la tuméfaction.

A cause de l'extrême faiblesse du malade, l'ouverture de l'abcès fut retardée jusqu'au 27 février.

L'ouverture de l'abcès pratiquée, avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, donne issue à un pus crémeux, jaune verdâtre, d'une quantité égale à environ une cuiller à soupe ;

a côte profondément altérée fut réséquée sur une étendue de 3 à 4 centimètres, et la guérison fut rapidement obtenue sans complications ultérieures.

Des cultures faites avec le contenu de l'abcès dans du bouillon, sur gélatine, gélatine fuschinée, gélose, lait, pomme de terre⁹ gélose phéniquée donnèrent les réactions caractéristiques du bacille d'Eberth.

OBSERVATION XIII

Ostéomyélites des 7^e et 8^e côtes gauches consécutives à une fièvre typhoïde. (Thèse de Haslé).

Le nommé Charles J... instituteur, âgé de 29 ans, entre le 2⁵ avril 1891 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le docteur Terrier pour une affection costale. On ne trouve rien de tuberculeux dans les antécédents du malade. Il s'était toujours bien porté quand il y a cinq mois, il a été pris d'une fièvre typhoïde à marche régulière, de laquelle il a fort bien guéri ; mais pendant la convalescence il s'est développé spontanément, à la partie inférieure du bord sternal gauche, un abcès qui atteignit le volume d'un œuf et fut incisé par le médecin traitant. Il s'écoula un pus rouge brunâtre, contenant une certaine quantité de sang. L'ouverture ne s'est pas cicatrisée et il en est résulté un trajet fistuleux de l'orifice duquel suintent quelques gouttes d'un pus séreux. C'est pour cette affection que le malade entre à l'hôpital. A l'examen au stilet, on tombe sur l'extrémité antérieure des 7^e et 8^e côtes qui sont dénudées sur leur face externe. La lésion semble siéger au niveau de l'articulation chondro-costale. Comme il est probable qu'il existe des séquestres, une

opération est décidée et exécutée le 1^{er} mai sous le chloroforme. Incision des téguments sur une longueur de 10 à 12 centimètres partant du bord sternal et se dirigeant en bas et en dehors, de manière à tomber sur la côte malade.

Les téguments étant élevés de chaque côté, on constate une double arthrite chondro-costale des côtes précitées. Les lésions sont peu étendues sur la septième côte, elles consistent en une ostéo-périostite, occupant son extrémité antérieure sur une longueur de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Au contraire la huitième côte est malade dans une étendue de 7 à 8 centimètres, et elle renferme un séquestre qui n'est pas encore très mobile, formé aux dépens de la table externe de l'os, la table interne étant restée saine. Résection des parties malades, c'est-à-dire de la septième côte dans une étendue de 3 centimètres environ, et la huitième dans une étendue de 10 centimètres, sutures, drainage.

8 mai. — Ablation des points de suture et du drain. 15 mai. Deuxième pansement, la guérison est absolument parfaite, la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIV

Ostéomyélite de la cinquième côte droite (Thèse de Haslé).

Gabriel B..., âgé de 14 ans, entré le 19 juillet 1892, dans le service de M. le professeur Lannelongue suppléé par M. Jalgulier.

Il présente au niveau de la cinquième côte droite, sur une ligne prolongeant le bord postérieur de l'aisselle, un trajet fistuleux avec une ouverture de couleur violacée presque réguliè-

rement circulaire. Par cette ouverture, s'écoule depuis environ trois mois une petite quantité de pus.

Le malade rapporte qu'au mois de mars dernier, à la suite d'un coup de poing reçu dans le côté droit du thorax, il se développa une grosseur qui en quelques jours atteignit le volume d'un gros œuf de poule, Il ressentait en même temps dans le côté une douleur assez vive.

L'abcès s'est ouvert spontanément le 15 avril et avec le pus il est sorti de petites parcelles osseuses.

Le malade est examiné par M. Jalaguier le 21 juillet.

Une sonde cannelée introduite par l'ouverture pénètre très profondément jusqu'au niveau du bord axillaire de l'omoplate.

M. Jalaguier agrandit l'ouverture avec des ciseaux et ayant introduit l'index dans la plaie, trouve la 5^e côte dénudée par sa face externe sur une étendue de trois à quatre centimètres et sent un petit séquestre représentant une partie du bord inférieur de la côte malade.

Le 5^e espace intercostal paraît un peu déprimé.

Le séquestre, d'une longueur de deux centimètres environ, est extrait facilement ; comparable à une aiguille, il est effilé et pointu à l'axe de ses extrémités.

Lavage de la plaie avec une solution de sublimé, drainage, pansement au salol.

A la suite de l'opération, la température reste normale.

OBSERVATION XV

Ostéomyélite de la cinquième côte gauche. Résection sous-périostée de la partie malade. Guérison, par J. Braquehay, interne des hôpitaux. (Société anatomique, octobre 1894).

Marcel B..., âgé de 3 ans et demi, vint à la consultation le 21 septembre, à l'hôpital Trousseau, pour une tumeur fluctuante de la paroi thoracique.

Les antécédents héréditaires du petit malade ne nous apprennent pas grand'chose. Notons cependant que le père est syphilitique. Mais lorsqu'il s'est marié, il ne présentait plus aucun accident depuis plusieurs années. Il n'a d'ailleurs rien eu depuis. La mère est anémique, mais ne tousse pas, se porte bien. Jamais elle n'a eu de fausses couches, ni rien qui permette de supposer la syphilis chez elle.

Aucune tare tuberculeuse du côté paternel, ni du côté maternel.

Le jeune malade, fils unique, s'est toujours bien porté. Vers l'âge de un an il eut de l'entérite et vers la même époque des ganglions sous-occipitaux qui ont disparu spontanément.

Il y a trois mois, au commencement de juillet, les parents remarquèrent que la taille de l'enfant augmentait rapidement et en même temps, ils constatèrent qu'il portait sur la paroi thoracique une petite tuméfaction douloureuse. Celle-ci disparut, puis apparut de nouveau au milieu du mois d'août pour diminuer de nouveau.

Depuis huit jours la tumeur a augmenté encore. Elle est sensible et l'enfant se plaint de souffrir en ce point quand il joue ou quand on le porte sur les bras. Les parents prétendent avoir

remarqué qu'il avait la peau chaude et qu'il était sans cesse altéré à cette époque, mais jamais il ne dut garder le lit, il continua toujours à jouer avec ses camarades. L'appétit et la gaieté n'ont disparu à aucun moment.

Quand nous voyons le petit malade, nous constatons (le 24 septembre 1894) qu'il porte une tumeur fluctuante, un peu plus grosse qu'un œuf de pigeon, sur la paroi thoracique au niveau du point où la ligne axillaire gauche coupe la cinquième côte. Cette grosseur superficielle est fluctuante. La peau est normale et mobile au-dessus d'elle. Il y a cependant une légère exagération de la circulation veineuse.

A la palpation, on sent que la tumeur est complètement adhérente à la côte sous-jacente; il existe en ce point un épaissement de l'os lui servant de base d'implantation. Cette portion de la côte est douloureuse à la pression.

En présence de cette évolution chronique sans fièvre, on pose le diagnostic d'abcès froid costal.

Le 22 septembre. — *Opération.* — Après chloroformisation et aseptie de la région, incision parallèle à la côte. Mais au lieu de trouver une paroi nette, facile à disséquer, on constate qu'il existe une zone d'inflammation diffuse au milieu des tissus voisins. L'abcès est alors incisé. Il s'en écoule un pus blanchâtre, pas très épais, mais bien lié, n'ayant en aucune façon l'aspect séreux et grumeleux du pus d'abcès froid.

Excision de la zone inflammatoire infiltrée au voisinage. Le stylet mène alors sur une côte dénudée, mais donnant la sensation d'os éburné. Le périoste est décollé à ce niveau.

Incision du périoste parallèlement à la côte. Celle-ci est ensuite dénudée à la rugine courbe et réséquée. Pendant qu'on rugine la côte, on constate qu'il existe un séquestre sur son

bord supérieur. Ce fragment osseux, allongé et effilé à ses deux extrémités, est maintenue en place par le périoste qui se recourbe au-dessus de lui sans lui adhérer. Sur la côte elle-même, on voit une aiguille d'os nouveau venant à la rencontre de l'extrémité du séquestre.

Le diagnostic d'ostéomyélite costal est alors posé, en présence des pièces anatomiques, malgré l'évolution rapide de l'abcès qui avait fait penser à un abcès froid.

Après la résection, suture partielle de la plaie au crin de Florence ; drainage à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent simples. La température n'a jamais dépassé 37°,6.

Le pansement s'étant dérangé, fut refait le 26 septembre. La plaie était alors en très bon état. Mais les crins ne furent enlevés qu'au pansement suivant, huit jours après l'opération.

Le petit malade est actuellement guéri.

OBSERVATION XVI

Résumée d'après la clinique faite par M. Marfan. Ostéomyélite aiguë de la troisième côte droite.

Pierre Ch..., âgé de 7 ans, entre salle Bouchut à l'hôpital des Enfants-Malades, le 29 janvier 1894.

Au commencement de janvier, grippe. Il paraissait complètement guéri de son rhume, lorsque le 24 janvier, il est pris assez brusquement de douleurs très vives siégeant du côté droit, au coude, à l'épaule, dans le dos, à la hanche ; en même temps, il perd l'appétit ; sa peau devient chaude, surtout la

nuit, et elle se couvre de sueurs abondantes. Son état ne s'améliorant pas, on le conduit à l'hôpital le 29 janvier.

29 janvier. — On constate : douleurs du bras droit tellement vives, qu'on peut à peine explorer le malade; les régions les plus douloureuses sont le coude et l'épaule. Ces jointures ne sont pas tuméfiées. Sur le cuir chevelu on voit deux ou trois boutons d'impétigo avec un petit abcès sous-cutané. On prescrit 3 grammes de salicylate de soude par jour.

Les jours suivants, aucune amélioration ; la douleur est toujours vive, la température oscille entre 38° et 39°, l'anorexie est complète.

Examen du cœur et des poumons négatifs : on continue l'usage du salicylate de soude et on fait envelopper le membre d'ouate, après une onction avec du baume tranquille.

Tous les matins, au pansement, l'enfant pousse des cris ; la tête de l'humérus fait une saillie très prononcée en avant.

8 février. — Au moment où on renouvelle le pansement, on découvre une tuméfaction énorme, qui n'existait pas la veille, et qui est située entre l'épine dorsale et le bord spinal de l'omoplate du côté gauche.

L'omoplate est d'ailleurs soulevée et déjetée en arrière.

Au niveau de cette tuméfaction, la peau est lisse, œdémateuse, et le palper laisse percevoir de la fluctuation.

M. Brun est appelé, constate la fluctuation, explore la région, provoque une douleur très vive lorsqu'il arrive sur une côte, la troisième, probablement, et diagnostique : Ostéomyélite aiguë costale.

Une incision de 5 centimètres donne issue à une quantité considérable de pus bien lié, verdâtre, sans odeur. Le pus évacué, l'introduction du doigt dans la plaie montre qu'il existe

un décollement considérable qui s'étend jusqu'au creux sus-claviculaire ; on ne trouve pas de côte dénudée, mais au niveau du troisième espace intercostal, il existe une perforation par laquelle le doigt s'introduit très aisément et qui fait communiquer la poche extra-thoracique avec une poche intra-thoracique.

L'auscultation et la percussion montrant le sac normal, le murmure vésiculaire normal, le cœur en place.

Drainage, irrigation à l'eau boriquée, pansement à la gaze iodoformée.

Le soir, T. : 40°.

9 février. — Douleurs ont diminué. T. : 38°.

10 février. — T. du matin : 37°,5. Le pansement est enlevé : l'enfant endormi, et M. Brun explore la région, agrandit l'incision,

Le doigt sent une côte dénudée ; on résèque une portion d'environ deux centimètres ; le doigt pénètre alors facilement dans la poche intra-thoracique ; celle-ci, grande comme un œuf, est tapissée par une membrane fongueuse qui est la surface externe de la plèvre pariétale.

Quelques points de suture, drainage, gaze iodoformée.

Le soir, T. 39° ; l'enfant ne souffre plus.

11. — T. du matin : 38°,9. Pansement et lavage à l'eau boriquée.

Le soir, T. 39°, pendant la nuit délire.

12. — T. matin, 37°,8. Lavage à l'eau boriquée. T° soir 38°.

13. — T. matin, 37°,4. T. soir, 37°,7.

L'enfant demande à manger : au pansement, il s'écoule moins de pus, et le drain est raccourci ; cependant la plaie s'est ino-

culée; elle est recouverte d'un enduit grisâtre. Quand l'enfant tousse ou pleure, pendant le pansement l'air sort avec bruit comme s'il s'agissait d'un empyème. On découvre enfin un peu d'emphysème autour de la plaie.

Ces phénomènes sont bientôt expliqués par l'incident rapporté plus haut, incident montrant qu'il existait une perforation bronchique.

Un mois après l'opération, la plaie était comblée, la fistule bronchique oblitérée, la guérison complète.

L'ensemencement du pus donna naissance à des cultures pures de staphylocoques pyogènes aureus. L'examen du fragment de la côte a montré le périoste épaissi et décollé, l'os et la moelle très injectés, mais sans infiltration purulente appréciable à l'œil nu.

CONCLUSIONS

1° Les ostéomyélites costales aiguës, reconnaissent comme causes, les agents pathogènes ordinaires des autres ostéomyélites : comme ces dernières elles sont plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

2° Chez l'enfant, elles siègent presque exclusivement dans le segment chondro-sternal : chez l'adulte, elles siègent surtout au niveau de la tête et de la tubérosité : cette dernière localisation est d'un fâcheux pronostic.

3° Deux symptômes importants prédominent l'évolution clinique de l'ostéomyélite costale aiguë : c'est avec les symptômes généraux à grand fracas, l'intensité de la douleur, et l'apparition rapide, soudaine, d'une poche fluctuante.

4° Le pronostic sera le plus souvent bénin, si l'intervention est suffisante.

5° Pour être suffisante, l'intervention devra rechercher,

après l'évacuation du pus, la cause de cette suppuration :
et la résection sous-périostée des côtes atteintes, l'ex-
traction des séquestres, le drainage de la plaie, seront
non seulement utiles, mais nécessaires.

Vu par le Président de la thèse
TILL AUX

Vu pour le Doyen,
L'Assesseur,
C. POTAIN.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LANNELONGUE. — Ostéomyélite aiguë.
- LANNELONGUE. — Compte-rendu de l'Acad. de méd., 1878.
- LEPLAT. — Archives générales de médecine, 1865.
- OLLIER ET PONCET. — Gaz. des hôpitaux, 1873.
- DUPLAY. — Progrès médical, 1876.
- HUTINEL. — Thèse d'agrégation, 1883.
- JABOULAY. — Thèse de Lyon, 1885.
- BERTOYE. — Lyon Médical, 1886.
- SCHWARTZ. — Revue générale clinique et thérapeutique, 1889.
- LANNELONGUE ET ACHARD. — Bull. Médical, 1890.
- NETTER ET MARIAGE. — Société de biologie, juin 1890.
- MIROVITCH. — Thèse de Paris, 1890.
- BARILLET. — Thèse de Montpellier, 1891.
- O. BARBACCI. — Lo Sperimentale, 1891.
- HASLÉ. — Thèse de Paris, 1892.
- DEHU. — Thèse de Paris, 1893.
- CHANTEMESSE ET WIDAL. — Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde. Mercredi médical, 1893, n° 48.
- SOULIGOUX. — Pathogénie des abcès froids du thorax. Thèse Paris, 1894.

GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os.
Paris 1894.

BRAQUEHAYE. — Revue Médicale, 1891.

DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie.

LE DENTU ET DELBET. — Traité de chirurgie.

MOITESSIER. — Thèse de Montpellier, 1898.

TILLAX. — Traité de chirurgie clinique.

